横浜市指定管理者第三者評価制度
新吉田地域ケアプラザ評価シート

評価機関名：株式会社フィールズ

平成27年12月

目次

評価結果の総括	2
Ⅰ．利用者サービスの向上	4
（1）利用者アンケート等の実施・対応	4
（2）意見・苦情の受付・対応	6
（3）公正かつ公平な施設利用	8
（4）広報・PR活動	10
（5）職員の接遇	10
（6）利用者サービスに関する分析・対応	11
（7）利用者サービスの向上全般（その他）	11
Ⅱ．施設・設備の維持管理	12
（1）協定書等に基づく業務の遂行	12
（2）備品管理業務	13
（3）施設衛生管理業務	14
（4）利用者視点での維持管理	15
（5）施設・設備の維持管理全般（その他）	15
Ⅲ．緊急時対応	16
（1）緊急時対応の仕組み整備	16
（2）防犯業務	16
（3）事故防止業務	18
（4）事故対応業務	19
（5）防災業務	20
（6）緊急時対応全般（その他）	20
Ⅳ．組織運営及び体制	21
（1）業務の体制	21
（2）職員の資質向上・情報共有を図るための取組	22
（3）個人情報保護・守秘義務	25
（4）経理業務	27
（5）組織運営及び体制全般（その他）	29
Ⅴ．その他	30

評価結果の総括

※協定書等で定めるとおりの管理運営ができていない点や、協定書等での定めはないが不足していると感じられる点、加えて施設独自の取組として評価できる点などを、総括として記載しています。
協定書等で定めるとおり(標準的な水準)の管理運営については記載していません。

	指定管理者　記述(400字以内)	評価機関　記述(400字以内)
Ⅰ.利用者サービスの向上	年1回介護保険事業・委託事業の利用者アンケートを実施して、各部門で振り返り、必要な改善策を実施している。またその結果等ファイルに綴りを公表している。　苦情やご意見を述べやすいように、ロビーにご意見箱や苦情解決第三者委員に直接相談できるポストを設置している。苦情解決調整委員会が設置され、苦情受付担当者・解決責任者等を館内に表示している。　貸館申し込みは先着順とし、調整が必要な場合は利用団体間での話し合いを促している。　法人内人権委員会が設置されており、会議や年1回の法人全体の人権研修に参加して職員が考える時間を設けている。介護保険事業では身体拘束をはじめ認知症の理解やプライバシー保護等の研修を年間通して研修を実施している。	【評価できると感じられる点】 (1)利用者アンケート等の実施・対応 年1回定期的に利用者アンケートを実施し各事業部会・職員会議で分析・改善課題の設定・改善策・取組み方法を「振り返りシート」としてまとめ、公表しています。 (2)意見・苦情の受付・対応 館内ロビーにご意見箱を置き、苦情解決体制図を掲示しています。苦情解決第三者委員4名の写真やコメント、専用ポストを設置し苦情や意見の出し易い環境です。 (4)広報・PR活動 HPではケアプラザの機能や活動内容、貸し館利用、自主活動のブログ等イラストや写真を載せ紹介しています。 (5)職員の接遇 接遇研修を行い、自己チェックシートを活用しています。 【提案事項】 館の内外に委託契約による運営で受託管理者名や受託期間等の明示を行うことが期待されます。
Ⅱ.施設・設備の維持管理	委託業者にによる建物・設備の保守点検及び日常清掃以外に、専従の職員を配置して、日常点検、日常清掃を実施している。不具合や不備の早期発見に努め、必要に応じて専門業に修理を依頼して、ご利用者が気持ちよく、安全に使用できるようにしている。　備品台帳により、Ⅰ種備品と2備品を明確に区別して、　必要に応じて修繕し適切に管理している。複合施設のため横浜市のごみルートの該当施設ではないが、それに沿った分別している。ペッドボトルのキャップは地域に小学校に寄付している。職員会議や全体会議等での研修の他、朝のミーティングでも感染症予防の周知して職員の意識を高めている。また、貸館ご利用者に、嘔吐したには職員に声いただくことや入口にはテ指消毒薬を設置し、また手拭は紙タオルを使用したり、予防接種費用の一部を事業所負担として接種しやすい環境を整え感染症予防の意識を高めている。	【評価できると感じられる点】 (1)協定書等に基づく業務の遂行 建物・設備の保守点検は委託業者により定期的に実施しています。日常の保守管理は専従担当職員・各事業部門の職員による点検を実施し不具合の早期発見・補修に努め、利用者の使い易い環境や安全を担保しています。 (2)備品管理業務 備品は委託分と当該事業所分を別備品台帳で区別し、購入日や数量、金額、備品の設置場所等を明記し、管理運用しています。 一時的な利用を対象に車いす4台を専従担当職員が整備し、地域に貸し出しています。 (3)施設衛生管理業務 ごみは12種類に分別・計量し、データを活用しています。 (4)利用者視点での維持管理 玄関を入ると鉢植の花々が利用者を迎えてくれます。地域の園芸ボランティア団体により敷地内の花壇が整備され心和む環境です。外周の清掃についてもボランティア団体が活動しており、清潔に維持されています。
Ⅲ.緊急時対応	緊急時の対応マニュアル・緊急連絡網に沿って対応している。夕方と閉館時に担当職員による見回りが実施される。夜間は、併設施設の宿直体制に引き継ぎ防犯に努めている。地域の特別避難場所として適切に備蓄を管理し災害時には迅速に対応できるよう、マニュアルの検討やその周知に努めている。併設施設が行う炊き出し訓練に参加している。年2回、通報訓練・消火器訓練・避難誘導訓練を実施して、職員の防火意識を高めている。また2回目は併設施設と合同訓練とし、消防署職員の指導の下、水消火器訓練を実施するとともに、講評を受けて、その振り返りをしている。	【評価できると感じられる点】 (2)防犯業務 日勤帯終了時に貸館部屋の点検ととに巡視して業務日誌にチェックを入れ、閉館終了前には館内の施錠等巡視を実施しています。閉館後の夜間は、同一建物の併設施設の夜間帯宿直勤務職員に引き継ぎをし、玄関の施錠など防犯業務を行っています。 (3)事故防止業務 同一建物内の法人本部が施設・設備に関する担当職員を配置し、その専従担当職員による設備点検が日々行われています。 (6)緊急時対応全般(その他) 「災害時指揮命令系」を整備し「地域災害の初期活動」「台風時・風水害初期活動」などのマニュアルを作成しています。年2回、避難訓練を実施し、2回目は併設施設と合同訓練で消防署職員の指導の下、水消火器訓練を実施し、講評を受けて、その振り返りをしています。避難訓練とは別に法人主催で行われる同一敷地内の施設が合同で年1回「炊き出し訓練」を行っています。

	指定管理者　記述（400字以内）	評価機関　記述（400字以内）
Ⅳ．組織運営及び体制	業務体制については、委託契約書のとおり、開館し、事業計画及び報告書を作成し、ファイルで綴り閲覧できるようロビーの棚に設置している。職員体制は求人及び法人内異動で手当てを考えておりますが、今年度4月より、包括支援センターの保健師職の空席が続いております。非常勤相談員を採用し、専門職の視点は所長（正看護師）がフォローすることで、業務が滞ることのないように努めております。職員の資質向上に向けて、年間研修計画を立てるとともに、外部研修等自己研鑽の機会を持つことを積極的に認めている。個人情報に関する基本方針・利用目的を掲示するとともに、その取扱いについてチエックリストで振り返り、研修を年1回開催し、従事者の誓約書を横浜市に提出している。法人の個人情報管理規程及び情報公開の規程が定められている。	【評価できると感じられる点】 （2）職員の資質向上・情報共有を図るための取組 法人の研修規程に基づき、研修計画ノートが作成されています。外部研修情報を回覧し、自己研鑽の機会になる研修かどうか希望する職員と所長が面談しています。業務として研修参加を認め、勤務時間での参加となり交通費を支給しています。資格習得等には通信教育等自主研修助成要綱の規定があり、一定の要件に該当する場合には助成金支給をしています。 常勤職員は、事業所幹部との年2回の面談があり、法人による目標達成シートを使い年間の目標を主任と面談して決めています。各部門のランク別項目シートを使い、ふりかえり後、客観的に評価する機会を設けています。法人が運営している地域ケアプラザの部門別会議を開催しています。 （4）経理業務 経費節減のコンサルタント会社と契約し、電気、水道、携帯電話、コピー機のリース契約の見直しなどを行っています。
Ⅴ．その他	担当2地区の各地区の福祉保健計画の推進会議には、所長やコーディネーター他、地域包括3職種がサポートスタッフとして参加し、次年度からの地区別福祉保健計画策定会議にも積極的に参加している。包括レベルの地域ケア会議では、地域の課題を目に見えるデータで示し、地域課題を共有し、その取組みについて意見交換をする。民生児童協議会や地区のボランティアセンター、ボランテイア活動団体の会合にも積極的に参加して、地域の情報共有図るとともに、顔の見える関係づくりに努めている。2地区の連合町内会会合にも参加して、ケアプラザの情報をお伝える時間をいただいている。新吉田地区とは協定を締結して、災害時要援護者事業の名簿をケアプラザでも管理している。地域の福祉保健活動の拠点であるという意識を持った取り組みを、各部門が行っている。	【評価できると感じられる点】 地域の支え合いネットワーク「さがしてネット」を構築しています。チラシのQRコードなどで登録した地域住民に徘徊認知症高齢者の情報をメール配信し、見つけた時には表示している地域住民宅、商店や事業所などに誘導してもらうシステムです。 区の介護予防事業として男性に対して「粋な男の健康講座」や「男の料理教室」を開催し、実施後グループの立ち上げを支援しています。 ホームページにおいてブログで情報の発信をこまめに行っています。また、「丘の上の発表会」を年2回開催し、登録団体の演技発表の場として近隣の住民や福祉施設の利用者を招いています。その他、近隣には福祉施設が多く地域住民の方へ様々な福祉施設を理解してもらうように施設見学会を行っています。

Ⅰ．利用者サービスの向上

（１）利用者アンケート等の実施・対応

①サービス全体に対する利用者アンケート等を、年1回以上実施しているか？

※アンケートは、市のアンケート様式を使って行うアンケート、または独自作成のアンケートなど。
アンケートでなくても、利用者の声を幅広く聞くことがあれば、実施していると判断する。なお、自主事業に対するアンケートとは異なる。ただし、自主事業に対するアンケートの一部で施設全体のサービスについても質問している場合は、実施していると判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック	
☑ 年1回以上実施している	☑ 年1回以上実施している →	☑ アンケート
☐ 実施していない	☐ 実施していない →	☐ その他

評価機関　記述

＜実施内容（時期、規模等）を記述して下さい。（100字以内）＞

毎年11～12月にかけて通所、総合相談、居宅介護支援、介護予防支援、地域活動交流の5部門の全利用者に対しアンケートを実施しています。平成26年度は配布部数228、回収数154、回収率68％でした。

＜実施していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

アンケートは全利用者を対象に毎年11～12月にかけて実施し翌年1～2月頃までに集計しています。

②利用者アンケート等の調査結果を分析し課題を抽出しているか？

※利用者アンケート等で挙げられた意見や調査結果の分析から、課題を抽出しているかを確認する。
※①で実施していないにチェックした場合は、非該当と判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 課題を抽出している	☑ 課題を抽出している
☐ 課題を抽出していない	☐ 課題を抽出していない
☐ 特に課題がない	☐ 特に課題がない
☐ 非該当	☐ 非該当

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞

資料（振り返りシート）、現場確認、ヒアリングで確認

＜課題を抽出していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

アンケート集計後、結果について各部門及び職員会議で分析・課題の設定、改善策の検討、振り返りとしてどのように実施していくかを検討し、「振り返りシート」としてまとめています。

③利用者アンケート等から抽出した課題に対して、対応策を講じているか？

※利用者アンケート等から抽出した課題に対し、職員間でのミーティング等の中で対応策を検討し、改善に向けた取組を実施しているかを確認する。なお、施設のみでは解決できない課題については、市・区等関係機関に適切につないでいるかどうかを確認する。
※①で実施していない、又は②で課題を抽出していない、特に課題がない、にチェックした場合は、非該当と判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 対応策を実施している	☑ 対応策を実施している
☐ 一部対応策を実施していない	☐ 一部対応策を実施していない
☐ 対応策を実施していない	☐ 対応策を実施していない
☐ 非該当	☐ 非該当

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞
資料（振り返りシート）、現場確認、ヒアリングで確認
＜一部対応策を実施していない、又は対応策を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

改善策を検討し、振り返りとして今後の対応策を明記した「振り返りシート」を作成し、職員間の周知徹底を図り、改善に向けて取り組んでいます。

④利用者アンケート等の結果及び課題の対応策を公表しているか？

※利用者アンケート等の結果及び取りまとめた改善方法を、1 つ以上の媒体（館内掲示・広報紙誌・ホームページなど）で公表しているかどうかを確認する。なお、館内掲示を行っている場合は、利用者の目にとまりやすい場所に掲示しているかを確認する。
※①で実施していないにチェックした場合は、非該当と判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 公表している	☑ 公表している
☐ 公表していない	☐ 公表していない
☐ 非該当	☐ 非該当

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞
資料（アンケート集計結果ファイル）、現場確認
＜公表していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

アンケート集計結果と振り返りシートをファイルに綴り、利用者に見やすいように1階の玄関ロビーのラックに設置しています。

（２）意見・苦情の受付・対応

①ご意見ダイヤルの利用方法に関する情報を提供しているか？

※ポスターの掲示やちらしの配布、ホームページなどでの情報提供について、目視により確認する。なお、指定管理者名や期間が情報提供されていない場合があれば、一部不備と判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☐ 情報提供している	☐ 情報提供している
☐ 情報提供しているが、一部不備がある	☐ 情報提供しているが、一部不備がある
☑ 情報提供していない	☐ 情報提供していない

評価機関　記述

＜一部不備がある、又は情報提供していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

指定管理者制度によるケアプラザ運営ではないため、ご意見ダイヤルの利用方法に関する情報提供は行われていません。
（対象外）

介護保険事業の契約時には重要事項説明書で苦情相談窓口や横浜市福祉調整委員会等の窓口について明記し、説明しています。

②利用者が苦情や意見を述べやすいよう、窓口（ご意見箱の設置、ホームページでの受付等）を設置しているか？

※利用者からの苦情や意見を受け付ける窓口を整備しているかどうか目視により確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 設置している	☑ 設置している
☐ 設置していない	☐ 設置していない

評価機関　記述

＜設置内容を記述して下さい。（100字以内）＞

玄関ロビーにご意見箱を設置しています。また、苦情解決第三者委員に直接相談したい方用のポストも設置しています。

＜設置していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

館内に2つのご意見箱を設置しています。1つは一般的なご意見箱で、他方は苦情解決第三者委員に直接要望や意見、苦情を言えるよう連絡したい方用のポストになっており、相談しやすい環境づくりをしています。

③苦情解決の仕組みがあるか？

※利用者の苦情等に対する受付方法、対応手順、責任者や担当者等が決まっているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 仕組みがある	☑ 仕組みがある
☐ 仕組みがない	☐ 仕組みがない

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞

資料（福祉サービスに関わる苦情解決運用要領、他）、現場確認

＜仕組みがない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

法人全体で苦情解決調整委員会を設置し、苦情解決調整委員、苦情受付担当者、苦情解決第三者委員を定め、苦情や意見に対応しています。

④苦情解決の仕組みを利用者等に周知しているか？

※館内掲示やちらしの配布、ホームページの活用等の状況を確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 周知している	☑ 周知している
☐ 周知していない	☐ 周知していない

評価機関　記述

＜周知方法を記述して下さい。（100字以内）＞

玄関ロビー壁面に苦情解決体制図や苦情解決第三者委員名及び写真・コメントを掲示しています。通所サービスの重要事項説明書に相談・苦情解決担当者等について記載し、説明しています。

＜周知していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

館内ロビーに苦情解決体制図を掲示し、苦情解決第三者委員4名の写真やコメントを紹介して連絡が取り易いよう専用のご意見箱を設置しています。

⑤利用者から苦情等が寄せられた際には、内容を記録しているか？

※利用者から寄せられた苦情等について、その内容を記録に残しているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 記録している	☑ 記録している
☐ 記録していない	☐ 記録していない
☐ 苦情等が寄せられていない	☐ 苦情等が寄せられていない

評価機関　記述

＜記録していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

「苦情簿」及び「介護保険苦情対応経過記録表」に苦情の内容や対応について記載しています。

⑥苦情等の内容を検討し、その対応策を講じているか？

※職員間でのミーティング等の中で対応策を検討し、改善に向けた取組を実施しているかを確認する。なお、施設だけでは対応できないものに関しては、市・区等関係機関につないでいるかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 対応策を実施している	☑ 対応策を実施している
☐ 一部対応策を実施していない	☐ 一部対応策を実施していない
☐ 対応策を実施していない	☐ 対応策を実施していない
☐ 苦情等が寄せられていない	☐ 苦情等が寄せられていない

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞

資料（介護保険苦情対応経過記録表、職員会議議事録、全体会議議事録）、ヒアリングで確認

＜一部対応策を実施していない、又は対応策を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

各事業部門の会議で苦情や意見の報告・振り返りを行い、今後の取り組みについて検討しています。職員会議や全体会議で職員へ周知を図っています。法人の苦情解決調整委員会に報告して、再発防止に取り組んでいます。

⑦苦情等の内容及び対応策を公表しているか？

※1 つ以上の媒体（館内掲示・広報紙誌・ホームページなど）で公表しているかどうかを確認する。なお、館内掲示を行っている場合は、利用者の目にとまりやすい場所に掲示しているかを確認する。利用者会議等で公表している場合は、議事録の記載内容を確認する。また、当該利用者のプライバシーを侵害しないよう配慮しているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 公表している	☑ 公表している
☐ 公表していない	☐ 公表していない
☐ 苦情等が寄せられていない	☐ 苦情等が寄せられていない

評価機関　記述
＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 資料（事業実績報告書）、現場確認、ヒアリングで確認 ＜公表していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 事業実績報告書に記載し、運営協議会で説明の後、館内ロビーのラックに設置しています。

（3）公正かつ公平な施設利用

①施設案内（施設内容、施設の利用方法等）に関する情報を、地域に幅広く提供しているか？

指定管理者　記述	評価機関　記述
＜施設案内（施設内容、施設の利用方法等）に関する情報の具体的な広報・PR活動について記述して下さい。（400字以内）＞ 施設の門のところに案内板を掲示し、館内入り口には館内案内板を設置している。ホームページで地域ケアプラザの機能をお知らせし、ブログでは地域ケアプラザの事業を積極的に情報提供し、若い世代の方々にも身近に感じてくださるように取り組んでいる。連合町内会の会合に参加して、ケアプラザの情報提供の時間をいただいている。ケアプラザのパンフレット、貸館ご利用案内、デイサービスご利用パンフレット、居宅介護支援事業所案内、地域包括案内チラシを常備してわかりやすい説明を心がけている。広報紙に地域包括支援センターの枠を設けその機能について、お知らせしている。	＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 現場：館の内外に事業内容等を掲示、HPに利用案内を掲載　資料：新吉田地域ケアプラザ施設ご利用案内、他 ＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 広報紙及び館内外に名称と事業内容等が記載された箇所・看板はありますが、運営主体名及び運営期間については記載されていません。 ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ホームページに地域ケアプラザの機能や利用方法等を分かり易い写真や図面で知らせしています。ブログを開設し地域ケアプラザの各事業の活動内容を写真入りで詳細に伝え、いろいろな世代の方々が気軽に参加されるよう取り組んでいます。

②窓口に「利用案内」等を備えているか？

※目視により確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 備えている	☑ 備えている
☐ 備えていない	☐ 備えていない

評価機関　記述
＜備えていない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 館外の門入口には事業案内板を設置し、館内入口には、利用案内の書かれたご案内板を設置しています。貸館利用については、受付け壁面に「お部屋利用案内」を掲示し、「貸館利用チェックシート」及び「お部屋の空情報」を受付け窓口に置いています。

③申請受付に当たっては、先着順や抽選など、公平な方法により行っているか？

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 行っている	☑ 行っている
☐ 行っていない	☐ 行っていない

評価機関　記述
＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 資料（貸館利用案内、部屋の空き情報）、現場確認、ホームページ、ヒアリングで確認
＜行っていない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 月初めに登録団体の種別により1～3ヶ月先の貸館予約を受け付けています。窓口優先の先着順で、電話・FAXも受付ています。利用希望の日時・場所が重なった場合は当事者同士で話し合いをして頂いています。

④人権擁護に関する研修等を、年１回以上、職員に対して実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）

※研修としては市が主催する研修等も含まれる。全ての職員に対して研修を行っているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 全ての職員に実施している	☑ 全ての職員に実施している
☐ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない

評価機関　記述
＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 資料（研修報告書、職員会議議事録、全体会議議事録）、ヒアリングで確認
＜一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)＞
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 法人全体として人権委員会を設置して毎年11月に人権研修を開催し各部門の代表者が参加しています。参加者による職員会議、全体会議で研修報告を行い、全職員への伝達研修を実施しています。

（4）広報・PR活動

①広報紙誌を作成するなど、積極的に広報・PR活動を実施しているか？

※施設独自の広報紙誌の発行、区や市の広報紙誌への情報提供、ホームページの作成、町内会掲示板等への情報提供、他公共施設へのパンフレットやちらしの設置などを実施しているかどうかを確認する。

指定管理者　記述	評価機関　記述
＜施設全体及び各事業に関する具体的な広報・PR活動について記述して下さい。（400字以内）＞ 広報誌“てっぺんひろば”は毎月発行し、担当エリア町内会・隣接地区町内会での回覧を依頼している。企画事業等のチラシを掲示板への掲示依頼している。また、地区の取り組みである奇数月の25日にメール配信される“さがしてネット定期便”を活用している。区の広報誌や神奈川新聞やタウンページなどのへの自主事業の情報提供を積極的に行っている。ホームページを立ち上げ情報発信し、ブログを積極的に活用し、様々な年代の方々ににケアプラザ機能や地域活動等の情報発信を取組んでいる。地域の課題であるその活動の周知の取り組みの一つとして、ケアプラザ広報紙の紙面に地域の活動を積極的に掲載しその周知に努めている。地域にある小中学校をはじめ、保育園・幼稚園・地区センター・コミハ・施設・子育て支援拠点、ボランティアセンター、病院、薬局、コンビニ、スーパー等様々なところにチラシの配布・掲示依頼をしている。	＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 現場確認：館内ロビー情報提供掲示板、HP　資料：広報紙「てっぺんひろば」、各種自主事業パンフレット等 ＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ホームページが良くまとめられています。ケアプラザの機能、活動内容、貸し館利用について、自主活動紹介のブログ等イラストと写真、コメントで内容が分かり易く参加意欲を醸成する編集になっています。ケアプラザ広報紙「てっぺんひろば」の誌面に各地域の自主活動を載せ、住民への福祉情報の提供を行い、地域福祉活動の活性化を後押ししています。

（5）職員の接遇

※職員と利用者のやりとりを観察し、確認する。

指定管理者　記述	評価機関　記述
＜窓口・電話・施設内での挨拶・分かりやすい説明・言葉づかい・待ち時間への配慮・身だしなみ等に関する取組内容について記述して下さい。（400字以内）＞ 入口から相談窓口まで少し距離があるため、来館者が入口にいらしたすぐにお声掛けするとともに、そばに伺うように努めております。窓口がわかりやすいように、カウンターには相談窓口のプレートを置いている。来館者には気持ち良い挨拶ができるように指導している。服装は平服としジャージのような体操着タイプのものは禁止している。来館者等に不快感とならないような身だしなみに気を付けている。職員は名札を付け、電話に出る際は、相手に分かりやすい口調で、施設名と職員名を名乗るよう心掛けている。お友達言葉と親近感ある言葉は違うことに意識を高め、丁寧な言葉使いを心がけている。接遇に関する振り返りチェックシートの実施、年1回、接遇研修を実施して、職員ひとり一人の意識を高めている。	＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 接遇研修を実施し、接遇対応技術向上の自己チェックシートを活用しています。ケアプラザは障害者施設と同一の建物の中にあり、玄関ロビーを同一にしています。訪れる利用者や障がい者に対しても言葉掛けや行動が適正であることが散見されました。

（6）利用者サービスに関する分析・対応

※利用実績（施設全体及び各部屋の利用者数とその内訳）及びアンケート、意見・苦情についての分析・対応について資料及びヒアリングにより確認する。

指定管理者　記述	評価機関　記述
＜利用者サービス（部屋別・時間帯別の利用実績、アンケート、意見・苦情等）について、指定管理者としてどのように分析をしていて、それに対して現状はどのように対応しているのか、又今後どのように対応していこうと考えているのかを記述して下さい。＞（400字以内）＞ これまでも当ケアプラザの地の利が悪いのが影響か、貸館利用率は30％代であった。平成26年5月にこれまで担当していた新羽地区に新羽地域ケアプラザ・コミハが開所され、貸館利用率は30％に届かない状況である。夜間の貸館利用率は一桁代が続いている。その中、丘の上の音楽会や健康講座や子育て支援サロン等自主事業企画への参加者数は増加している。駐車スペースが広いことやと多目的ホールが約120㎡と広さをアピールしている。運営協議会でコミュニテイバスの検討など交通の便について、継続的な検討課題となっている。共生まつりなど大きなイベントの時などは、バス停から施設までの送迎バスを運行する等、多くの地域の方々においでいただきやすい取り組みをしている。年に1回、部門ごとの利用者アンケートを実施して、課題を抽出し、振り返りシートを作成し、長期的なもの、今すぐ取り組めるものに分けて、改善策を考え業務の見直しをしている。	＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ケアプラザは利便性の良くない立地ということもあり、貸館利用率はやや低い状態です。活用率を高める方策について運営委員会で検討し、イベント時の送迎バスの運行等を実施すると共に、長期的展望に立ち、定期的なバスの運行等につて話し合っています。駐車場や多目的ホールが広い事を活用し、音楽会や体操教室など多くの方に利用されるよう企画面での工夫をしています。

（７）利用者サービスの向上全般（その他）

評価機関　記述
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 苦情解決協力員4名の写真掲示やコメント、専用のご意見箱の設置は利用者の苦情や意見、要望を受け入れやすいものにしています。 ＜参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 貸館利用についてはホームページで詳細に説明していますが、「窓口優先の先着順」の表記が、見当たりません。事業所での掲示や広報紙でも明記されると利用者にとってさらに使い易いものになると思われます。

Ⅱ．施設・設備の維持管理

（１）協定書等に基づく業務の遂行

①協定書等のとおり建物・設備を管理しているか？

※協定書等（示されていない場合は仕様書・事業計画書等）に示された日常保守管理及び定期点検の実施状況を確認するため、評価対象期間のうち任意で1カ月分を抽出し、記録が存在するかどうかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って管理している	☑ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って管理している
☐ 協定書等のとおり管理していない	☐ 協定書等のとおり管理していない

評価機関　記述
＜協定書等のとおり管理していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 委託業者による年間定期点検計画表に基づき、定期点検が行われています。不具合や異常がある場合は早期に発見され、報告を受け、早期に修理等の対応ができています。日常の保守管理については専従常勤職員及び各部門の職員による点検を実施し異常の早期発見に努め施設管理を行い、利用者や職員の利用し易い環境や安全を担保しています。

②協定書等のとおり清掃業務を実施しているか？

※協定書等（示されていない場合は仕様書・事業計画書等）に示された日常清掃・整理整頓や、定期的な清掃（床掃除及び窓清掃）を実施しているかどうか記録を確認する。
日常清掃に関しては、チェックリストを用いて記録しているかを確認する（チェックリストでなくとも、実施記録が存在すれば実施していると判断する）。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している	☑ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している
☐ 協定書等のとおり実施していない	☐ 協定書等のとおり実施していない

評価機関　記述
＜協定書等のとおり実施していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 委託業者による日常清掃と担当職員による日常清掃の分担を明確に分け、「館内清掃日報」による実施状況を所長と担当者が毎日確認しています。

（２）備品管理業務

①指定管理者所有の備品と区別した、地域ケアプラザ（市所有）の備品台帳があるか？

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ ある	☑ ある
☐ ない	☐ ない

評価機関　記述

＜（備品台帳が）ない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

重要物品増減現在高報告書（委託分）及び物品管理簿（当事業所分）で分け備品の管理をしています。

②地域ケアプラザ（市所有）の備品台帳に記された備品がすべて揃っているか？

※評価対象年度に購入した新規備品に関しては、書類上記載されたものが存在するかどうかを確認する。
その他の備品に関しては、任意で5つの備品（高額備品を優先する）を備品台帳から抽出して、存在するかどうかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 揃っている	☑ 揃っている
☐ 揃っていない	☐ 揃っていない

評価機関　記述

＜揃っていない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

重要物品増減現在高報告書（委託分）及び物品管理簿（当事業所分）には設置場所が明記されると共に、設備備品は不具合なく管理され、使用されています。

③利用者が直接使う地域ケアプラザの備品に安全性に関わる損傷等がないか？

※施設の利用状況により確認できない備品を除き、現物を確認する。
※すでに対応済みの場合は、「安全性に関わる損傷等がない」と判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 安全性に関わる損傷等がない	☑ 安全性に関わる損傷等がない
☐ 安全性に関わる損傷等がある	☐ 安全性に関わる損傷等がある

評価機関　記述

＜安全性に関わる損傷等がある場合は、その内容を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

一時的な利用を対象に4台の専用車いすを専従職員が整備し、地域に貸し出しています。

（３）施設衛生管理業務

①国や市などの感染症マニュアル等に準じて、職員に研修が行われているか？（常勤・非常勤に関わらず）

※「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」（厚労省平成 17 年6月 28 日）及び「高齢者施設等における感染症対応の手引き」(横浜市健康福祉局平成18年6月)等に準じて、年1回以上、すべての職員に対し、研修を実施しているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 全ての職員に実施している	☑ 全ての職員に実施している
☐ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞

資料（全体会議議事録、職員会議議事録）、ヒアリングで確認

＜一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由について記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

区感染症対策研修に毎年参加し、職員会議で伝達研修、資料を配布しています。通所事業では年1回の内部研修を行っています。高齢者介護施設における感染対策マニュアルに従い日常の感染症予防対策を実施しています。

②ゴミ処理等における衛生管理を適切に行っているか？

※定期的に館内のゴミを回収しているかを資料により確認し、ゴミ容器等から汚臭・汚液等が漏れないよう管理しているかを現場確認する。また、集めたゴミが館内外に長期間放置されていないかも現場確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 適切に管理している	☑ 適切に管理している
☐ 適切に管理していない	☐ 適切に管理していない

評価機関　記述

＜適切に管理していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

専従清掃職員が毎日トイレ等の館内の日常清掃を実施し、ゴミを回収しています。通所事業利用者のオムツについては、新聞紙にくるみ、ビニール袋を入れた専用のごみ箱に入れ回収しています。

③本市の分別ルールに沿って適切に分別を行っているか？

※ゴミ容器等により確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 適切に分別している	☑ 適切に分別している
☐ 適切に分別していない	☐ 適切に分別していない

評価機関　記述

＜適切に分別していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

障がい者支援施設と合築のため、ごみの量が多く、事業系ごみとして一般ごみのほか白古紙・色古紙・ミックス紙等12種類に分別しています。種類別に計量し、月ごとの数値をデータ化して職員の減量意識を高めています。

（４）利用者視点での維持管理

①施設が常に清潔な状態に保たれ、使いやすい施設となっているか？

※施設・設備・消耗品・外構・植栽・水周り等についての損傷状況、清掃状況、利用者への配慮等について確認する。

指定管理者　記述	評価機関　記述
＜清潔な状態及び使いやすい施設とするための取組について記述して下さい。（400字以内）＞ 日常清掃は、委託事業者清掃担当職員が、チェック表に基づいて行われている。浴室シャワーヘッドは委託業者によって毎日分解清掃がされ、加湿器については担当職員により、毎日の水交換と週1回の分解清掃がなされている。施設・設備は委託業者による保守点検と定期清掃が実施されている。専従担当職員により建物・設備等の管理が行われ、修繕が必要な案件については、迅速な対応がなされている。敷地内の植栽は年2回剪定や消毒等業者に依頼している。広い敷地内の花壇については、地域の園芸ボランティア団体の月2回の活動により整備され、港北区のオープンガーデンにも参加している。外周の草取りや落ち葉掃きなども地域のボランティア活動団体の協力がある。	＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 現場確認：館内・外　資料：清掃日報　ヒアリング ＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 館の玄関には観葉植物や花が数多く置かれ利用客を和ませています。地域の園芸ボランティア団体による敷地内の花壇が整備され美しい環境です。外周の清掃についてもボランティア団体が活動しており、清潔に維持されています。

（５）施設・設備の維持管理全般（その他）

評価機関　記述
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 専従の保守管理常勤職員を配置し、日常的に必要な修繕・管理を行い館内を安全に維持しています。各部門の職員は修繕箇所が出た場合には、保守管理専従職員に相談及び依頼しやすい環境にあります。 ＜参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。（200字以内）＞

Ⅲ．緊急時対応

（１）緊急時対応の仕組み整備

①緊急時マニュアルを作成しているか？

※緊急時に対応の手順が確認できるものがあれば作成していると判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 作成している	☑ 作成している
☐ 作成していない	☐ 作成していない

評価機関　記述

＜作成していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

体調悪化、交通事故、行方不明などの種類別に緊急時のマニュアルが作成されています。職員の防災意識を高めることを目的とした防災避難訓練を年2回実施し、そのうち1回は、消防職員立ち会いによる建物内の併設施設との合同の通報・消火・避難誘導訓練を実施しています。実施後、参加職員にアンケートを実施して、振り返り、対応の見直し、検討しています。

（２）防犯業務

①協定書等のとおり防犯業務を実施しているか？

※協定書等（示されていない場合は仕様書・事業計画書等）に示されたとおりの防犯業務を実施しているかどうかを確認する。機械警備の場合、当該機械の設置の有無を確認すること。なお、動作異常が起こった場合は、適切に対応できているか、記録により確認する。適切な対応（①警備業者への迅速な復旧指示、②必要に応じ、警備業者に代替警備等の要請あるいは行政との対応協議、③対応状況の記録）ができていない場合は、適切に業務が行われていないと判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している	☑ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している
☐ 協定書等のとおり実施していない	☐ 協定書等のとおり実施していない
☐ 評価対象外施設	☐ 評価対象外施設

評価機関　記述

＜警備の内容についてチェック又は記述して下さい。＞

☐ 機械警備　　☑ その他（具体的に：同一建物併設施設宿直の職員を配

＜協定書等のとおり実施していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

日勤帯終了時に貸館部屋の点検とともに巡視して業務日誌にチェックを入れ、閉館終了前には館内の施錠等巡視を実施しています。閉館後の夜間は、同一建物の併設施設の夜間帯宿直勤務職員に引き継ぎをし、玄関の施錠など防犯業務を行っています。

②鍵を適切に管理しているか？

※鍵の管理者・管理方法が明確になっているかどうかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 適切に管理している	☑ 適切に管理している
☐ 適切に管理していない	☐ 適切に管理していない

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞

現場確認、ヒアリングで確認

＜適切に管理していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

ケアプラザの書棚や机の鍵の管理はルールを決めて管理しています。建物全体の施錠等鍵の管理は宿直体制をとる併設施設が管理して、各部屋のスペアキーについても適切に管理されています。

③事故や犯罪を未然に防止するよう、日常、定期的に館内外の巡回を行っているか？

※不審者・不審物の有無、利用していない各室等の施錠・消灯・異常の有無の確認のための館内定期巡回等が定期的に行われていることを、記録により確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 定期的に行っている	☑ 定期的に行っている
☐ 定期的に行っていない	☐ 定期的に行っていない

評価機関　記述

＜定期的に行っていない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

日勤業務終了時に貸館部屋等館内見回りと閉館前館内見回りを実施しています。21時以降夜間は、同一建物内の併設施設の宿直職員が戸締り、火の元等防犯業務を実施しています。

（３）事故防止業務

①事故防止のチェックリストやマニュアル類を用い、施設・設備等の安全性やサービス内容等をチェックしているか？

※施設・設備の安全性やサービス内容等のチェックの記録を確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ チェックしている	☑ チェックしている
☐ 一部チェックに不備がある	☐ 一部チェックに不備がある
☐ チェックしていない	☐ チェックしていない

評価機関　記述
＜一部チェックに不備がある場合、又はチェックしていない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 同一建物内の法人本部が施設・設備に関する専従担当職員を配置し、その専従担当職員による設備点検が日々行われています。

②事故防止策の研修等を実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）

※事故防止策について全ての職員に対して研修を行っているかを確認する。スタッフミーティングの中で、事故防止策をテーマとして職員同士で勉強会等を行っている例も該当する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 全ての職員に実施している	☑ 全ての職員に実施している
☐ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない

評価機関　記述
＜研修の内容（テーマ及びその対象者）を記述して下さい。（100字以内）＞ テーマ：ケアプラザ職員のための安全運転研修　　対象者：全職員
＜一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)＞
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 職員会議や全体会議の中で事故の振り返りを行い、今後の対応策を検討し、その周知徹底に努めています。

（４）事故対応業務

①事故対応策の研修等を実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）

※AEDの操作研修をはじめとした体調急変時等の事故対応をテーマとした研修を全ての職員に対して行っているかを確認する。
　なお、研修でなくとも、スタッフミーティングの中で事故対応をテーマとして職員同士で勉強会を行っている例も該当する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 全ての職員に実施している	☑ 全ての職員に実施している
☐ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない

評価機関　記述

＜施設にAEDを設置しているかチェックして下さい。＞

☑ 設置している　　☐ 設置していない

＜研修の内容（テーマ及びその対象者）を記述して下さい。（100字以内）＞

テーマ：異常事態発生時の対応について　　対象者：全職員

＜一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

日々のミーティングや職員会議、全体会議等で事故報告を行い情報共有をして、振り返り今後の取り組みなどを検討しています。事故後の検証に時間をかけ原因を究明し、今後の取り組みについて専門家を招いて研修をし、それを全体会議や職員会議などで職員全体に周知しています。

②事故発生時の連絡体制を確保しているか？

※連絡網や連絡先が事務室内に掲示され（もしくは各職員に配布され）、だれもが迅速に連絡できるようになっているかどうかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 体制を確保している	☑ 体制を確保している
☐ 体制を確保していない	☐ 体制を確保していない

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞

現場確認、ヒアリングで確認

＜体制を確保していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

1階事務所に緊急連絡網が掲示されるとともに、緊急時対応マニュアルとともに管理されています。送迎車等車両には事故時の対応マニュアルが各車両におかれています。

（５）防災業務

①指定管理者災害時対応マニュアルを作成しているか？

※横浜市防災計画に位置づけがない場合は、評価対象外施設と判断する。
※評価対象外施設だがマニュアルを作成している場合は、『評価対象外施設である』にチェックをしたうえで、評価できると感じられる点として記載する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 評価対象施設であり、作成している	☑ 評価対象施設であり、作成している
☐ 評価対象施設だが、作成していない	☐ 評価対象施設だが、作成していない
☐ 評価対象外施設である	☐ 評価対象外施設である

評価機関　記述
＜作成していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 年2回、通報・消火・避難誘導訓練を実施して災害時に対応できるように訓練しています。災害時対応マニュアルを作成し、発災時には、地域の特別避難場所としてマニュアルに基づいて開設するようになっています。応急備蓄品を適切に管理しています。

（６）緊急時対応全般（その他）

評価機関　記述
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 「災害時指揮命令系」を整備し、「地域災害の初期活動」「台風時・風水害初期活動」などのマニュアルを作成しています。避難訓練とは別に法人主催で行われる同一敷地内の施設が合同で年1回「炊き出し訓練」を行っています。
＜参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。（200字以内）＞

Ⅳ．組織運営及び体制

（１）業務の体制

①協定書等で定めた職員体制を実際にとっているか？

※訪問調査当日の職員の出勤状況と訪問日以外の出勤簿等の両方で確認する。なお、必要な職員体制がとれていないことについて、横浜市と調整できている場合はとっていると判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 協定書等の職員体制をとっている	☑ 協定書等の職員体制をとっている
☐ 協定書等の職員体制をとっていない	☐ 協定書等の職員体制をとっていない

評価機関　記述

＜協定書等の職員体制をとっていない場合は、その状況と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

月の勤務表を作成して、適切な職員配置をするとともに、その日の行動予定表や業務日誌等で職員体制を管理しています。訪問等による外出についても、配車等表を使って管理しています。

②協定書等のとおりに開館しているか？

※記録により確認する。業務日誌等に記載している開館時間・閉館時間を確認すること。なお、基本時間外の開館を横浜市に提案している場合は、そのとおり実行されているかどうかについても漏らさず確認する。
※指定管理者の責に拠らない場合の休館に関しては評価対象とせず、協定書等のとおり開館していると判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 協定書等のとおり開館している	☑ 協定書等のとおり開館している
☐ 協定書等のとおり開館していない	☐ 協定書等のとおり開館していない

評価機関　記述

＜協定書等のとおり開館していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

開館時間・閉館時間は定められた時間通りに運営し、業務日誌に毎日の時間を記入していています。月1回の施設点検日においても貸館事業以外は業務を行っています。

③事業計画書・事業報告書を公表しているか？

※館内で公表しているかどうかを確認する。希望者のみに閲覧させている場合、事業計画書や事業報告書を閲覧できる旨をポスター等で周知していれば、公表していると判断する。
※ホームページでも公表している場合は、評価できると感じられる点として記載する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 公表している	☑ 公表している
☐ 公表していない	☐ 公表していない

評価機関　記述

＜公表方法を記述して下さい。（100字以内）＞

館内ロビーのラックに配架しています。

＜公表していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

（２）職員の資質向上・情報共有を図るための取組

①職員の研修計画を作成しているか？（常勤・非常勤職員に関わらず）

※各業務の必要性に応じた研修計画（施設自身で実施する研修、外部研修、仕事を通じた研修等）を作成しているかを確認する。研修計画に最低限記載すべき項目は、ⅰ）研修対象者（職種・経験年数等）、ⅱ）実施目的、ⅲ）実施時期、ⅳ）研修内容。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 作成しており不備がない	☑ 作成しており不備がない
☐ 作成しているが不備がある	☐ 作成しているが不備がある
☐ 作成していない	☐ 作成していない

評価機関　記述

＜不備がある、又は作成していない場合は、その内容と理由を記述して下さい（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

法人全体の事業所の「年間研修計画ノート」が、毎年作成され職員に配布されています。事業所研修のみならず、他事業所の公開研修予定もわかりやすく掲載しています。

②職員に研修を行っているか？（常勤・非常勤職員に関わらず）

※全ての職員に対して研修を行っているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 全ての職員に実施している	☑ 全ての職員に実施している
☐ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない

評価機関　記述

＜確認手段（資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞

資料（研修ノート、職員会議禄）、ヒアリングで確認

＜研修の内容（テーマ及びその対象者）を記述して下さい。（100字以内）＞

テーマ：感染症について　対象者：全職員

＜一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

事業所の研修計画に沿い研修を実施しています。非常勤介護職員には業務マニュアルを配布して、定期的に振り返りの機会を持ちながら、ステップアップを図っています。主任研修や分野ごとの研修等も実施しています。

③職員が研修に参加しやすい環境を整えているか？（常勤、非常勤に関わらず）

※研修費用の支援（一部・全額負担等）、研修受講を勤務時間として認知、各種研修情報の周知を行っている等、意欲のある職員が研修や勉強会に参加しやすい環境を整えているかを確認する。

指定管理者　記述	評価機関　記述
＜職員が研修に参加しやすい環境を整えるための取組について記述して下さい。（400字以内）＞ 法人の研修規程に基づき、研修計画書が作成され、その他、外部研修等自己研鑽の機会は積極的に認めている。また、資格の習得等には通信教育等自主研修助成要綱により、一定の要件に該当する場合は法人から助成金支給されることになっている。法人内には、医師・看護師・理学療法士・臨床心理士・栄養士・弁護士・社会福祉士・介護支援専門員等専門職が多く、専門職の意見を聞く、学ぶ機会が多くある。	＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 資料（行事・研修等参加伺書）及びヒアリングにおいて確認しました。 ＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 法人の研修規程に基づき、研修計画ノートが作成されています。外部研修の情報を回覧し、自己研鑽の機会になる研修かどうか希望する職員と所長が面談し、業務として研修参加を認めています。その場合には勤務時間での参加となり交通費も支給されています。また、資格習得等には通信教育等自主研修助成要綱の規定があり、一定の要件に該当する場合には法人から助成金の支給があります。

④各職員が研修計画に沿って受講した研修の後、研修内容を共有しているか？

※各職員が研修で得た知識や情報等について、職員間で回覧や会議で報告する等の情報共有をしているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 情報共有している	☑ 情報共有している
☐ 情報共有していない	☐ 情報共有していない

評価機関　記述
＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 資料（職員会議録）、ヒアリングで確認 ＜情報共有していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 外部研修等は、研修報告書を作成して、資料とともに所長に提出されています。毎月行われる職員会議や全体会議で情報の共有の機会を持ったり、回覧などによる情報共有が行われています。

⑤窓口等の対応手順を記したマニュアル等を作成し、活用しているか？

※マニュアルは冊子化されていなくても、対応方法・手順が記されたものであれば作成していると判断する。
※活用については、実際に活用しているかどうかをヒアリングにより確認する（新品の使われていないマニュアルが用意されているだけでは該当しない）。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 作成し、活用している	☑ 作成し、活用している
☐ 作成しているが、活用していない	☐ 作成しているが、活用していない
☐ 作成していない	☐ 作成していない

評価機関　記述
＜活用していない又は作成していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

⑥その他、職員の資質向上・情報共有のための取組みを行っているか？

指定管理者　記述	評価機関　記述
＜その他、職員の資質向上・情報共有のための取組みについて記述して下さい。（400字以内）＞ 通所介護事業の非常勤職員の新採用の際は、マニュアルに沿って振り返りを実施して、ステップアップを図っている。常勤職員は、法人による目標達成シートを使って年間の目標を主任と面談して決め、各部門のランク別項目シートを使って、ふりかえり後、客観的に評価される機会がある。各ケアプラザのみならず、法人内ケアプラザの各部門会議があり、事例検討などを通して、専門職としてのレベルアップに努めている。通所介護事業・居宅介護支援事業では、個の視点ばかりではなく、個が住む地域にも視点が持てるような、事業に取り組ませ、地域を引っ張っていく、地域ケアプラザの職員であるという意識を高めている。職員会議・全体会議の2回に分けて職員全体の情報共有・周知している。各部門が管理者との会議を毎月もち、情報を共有し、事業の方向性などを決めている。法人内の数多い専門職の活用を勧めている。	＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 資料（目標達成ノート、ランク別項目表）及びヒアリングにおいて確認しました。 ＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 常勤職員は、事業所幹部との年2回の面談があります。法人による目標達成シートを使って年間の目標を主任と面談して決め、各部門のランク別項目シートを使って、ふりかえり後、客観的に評価する機会を設けています。法人が運営している地域ケアプラザの部門別会議があり、事例検討などを行っています。

（３）個人情報保護・守秘義務

①個人情報の取扱いに関するルールやマニュアル等を整備しているか？

※個人情報保護のための具体的な取扱方法や留意事項を記載したマニュアル等を整備しているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 整備している	☑ 整備している
☐ 整備していない	☐ 整備していない

評価機関　記述

＜整備していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

ファックス送信時の2名でのダブルチェックの励行をしています。提供票等個人情報送付の際は、宛名入り封筒作成する者、宛名通りの内容物か確認する者、挿入して封をする者を分けて有効なダブルチェックを励行しています。パソコンはほとんどをノート型に切り替えて、業務終了後は鍵付の棚に収納しています。デスク上の物はチェーンなど固定し盗難防止をしています。

②個人情報の取扱いに関する管理責任者を明確化し、周知しているか？

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 明確化し、周知している	☑ 明確化し、周知している
☐ 明確化しているが周知していない	☐ 明確化しているが周知していない
☐ 明確化していない	☐ 明確化していない

評価機関　記述

＜明確化または周知していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

法人の個人情報管理規定があり、管理責任者は理事長、事業所ごとの管理者は所長と明記されています。採用後の個人情報保護に関する内部研修などで管理責任者の周知をしています。

③個人情報の取扱いについて、職員に対する研修を年１回以上実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）

※全ての職員に対して、研修時の資料、出席者名簿等により実際に研修を行っていたかどうかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 全ての職員に実施している	☑ 全ての職員に実施している
☐ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない

評価機関　記述

＜一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

年に1回は、横浜市の「個人情報保護に関する条例」の抜粋資料を用いて、個人情報保護に関する研修を実施して、個人情報を扱う職員は誓約書を提出しています。また、個人情報漏えい防止のためのチェックシートを使って個人情報の通り扱いの振り返りをしています。

④個人情報の取扱いについて、個別に誓約書を取っているか？（常勤・非常勤に関わらず）

※非常勤も含むすべての職員の分があるかどうかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 全ての職員から取っている	☑ 全ての職員から取っている
☐ 一部の職員から取っていない	☐ 一部の職員から取っていない
☐ 取っていない	☐ 取っていない

評価機関　記述

＜一部の職員から取っていない、又は取っていない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

個人情報を取り扱うすべての常勤・非常勤職員から個人情報保護に関する研修実施後、誓約書を取るとともに、非常勤職員は雇用契約書の中に、横浜市及び法人の個人情報保護に関する規程の遵守の項目があり、署名・捺印を取っています。

⑤個人情報を収集する際は必要な範囲内で適切な手段で収集しているか？

※使用目的が明示されており、かつ、収集した個人情報の使用目的が明確に説明できることがヒアリングにより確認できた場合に、適切に収集していると判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 適切に収集している	☑ 適切に収集している
☐ 適切に収集していない	☐ 適切に収集していない

評価機関　記述

＜適切に収集していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

法人の個人情報の利用目的に使用目的・範囲等を明記して、館内入り口に掲示しています。介護保険事業においては、契約時に、個人情報の管理について説明しご利用者の同意により個人情報使用同意書に署名・捺印をいただき必要な範囲での個人情報を収集しています。

⑥個人情報を収集した際には、適切に使用しているか？

※個人情報を収集する際に、目的外に使用しないことが明記されており、かつ、収集した個人情報を目的以外に使用していないことがヒアリングで確認できた場合に、適切に使用していると判断する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 適切に使用している	☑ 適切に使用している
☐ 適切に使用していない	☐ 適切に使用していない

評価機関　記述

＜適切に使用していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

介護保険事業では契約時に、個人情報の使用目的や範囲を明記した個人情報使用同意書を作成し、また法人の個人情報に関する基本方針や個人情報の利用目的を館内入口に掲示、ホームページにも掲載して、職員の個人情報を適切に取り扱う意識を高めています。

⑦個人情報の漏洩、滅失、き損及び改ざんの防止、その他の個人情報の適正な管理のために適切な措置を講じているか？

※個人情報を適正に管理するため、離席時のコンピュータのロック、コンピュータや個人情報の含まれた書類等の施錠保管、不要な情報の廃棄、書類廃棄の際のシュレッダー利用、コンピュータ内の個人情報ファイルへのパスワードの設定等を行っているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 適切な措置を講じている	☑ 適切な措置を講じている
☐ 一部適切な措置を講じていない	☐ 一部適切な措置を講じていない
☐ 適切な措置を講じていない	☐ 適切な措置を講じていない

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞

資料（個人情報ろうえい防止チェックシート）、現場確認、ヒアリングで確認

＜一部適切な措置を講じていない、又は適切な措置を講じていない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

パソコンでの個人情報ファイル等へのパスワードを設定しています。パソコンや個人情報の含まれたファイル等は、施錠をして保管しています。個人情報の廃棄はシュレッダーの使用やとかし箱に入れて、専門業者に処理を依頼しています。

（４）経理業務

①適切な経理書類を作成しているか？

※出納帳等の帳簿において、指定管理料、利用料金、自主事業における実費収入等明確にしているかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 適切に作成している	☑ 適切に作成している
☐ 一部適切ではない書類がある	☐ 一部適切ではない書類がある
☐ 適切に作成していない	☐ 適切に作成していない

評価機関　記述

＜一部適切ではない書類がある、又は適切に作成していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

委託事業、介護報酬、利用料金の実費等収入区分を明確にして、総勘定元帳を作成しています。支払いについても人件費、事務費、自主事業費、管理費等の科目ごとに、支払伝票を基に総勘定元帳の摘要欄に明細を記載しています。

②経理と出納の相互けん制の仕組みを設けているか？

※経理責任者と出納係の役割分担を明確にしているか、又はその他けん制機能があるかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 役割分担を明確にしている	☑ 役割分担を明確にしている
☐ その他けん制機能を設けている	☐ その他けん制機能を設けている （具体的に:　　）
☐ 仕組みを設けていない	☐ 仕組みを設けていない

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞
資料（職員業務分担表、辞令）、ヒアリングで確認
＜仕組みを設けていない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞
法人の経理規程により会計責任者と出納職員が理事長により任命され、会計責任者である所長が出納職員を監督しています。通帳・印鑑の保管・管理は本部金庫で行っています。支払は請求書等の書類を確認の上所長が承認して行われています。

③当該施設に係る経理と団体のその他の経理を明確に区分しているか？

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 明確に区分している	☑ 明確に区分している
☐ 明確に区分していない	☐ 明確に区分していない

評価機関　記述

＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞
ヒアリングで確認
＜明確に区分していない場合は、その理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

④収支決算書に記載されている費目に関し、伝票が存在するか？

※当日、ランダムで全費目から 3 項目をピックアップし、伝票の存在を確認する。
なお、法人等の本部等で管理されている場合でも、コピー等により必ず伝票を確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 存在する	☑ 存在する
☐ 存在しない	☐ 存在しない

評価機関　記述

＜存在しない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞

＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

⑤通帳や印鑑等を適切に管理しているか？

※通帳と印鑑等の管理者・管理方法が明確になっているかどうかを確認する。

指定管理者　チェック	評価機関　チェック
☑ 適切に管理している	☑ 適切に管理している
☐ 適切に管理していない	☐ 適切に管理していない

評価機関　記述
＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ ヒアリングで確認 ＜適切に管理していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞

⑥経費削減に向けての取組みを行っているか？

指定管理者　記述	評価機関　記述
＜経費節減に向けての取組みについて記述して下さい。（400字以内）＞ これまでも水道水節水コマや夜間電力利用熱交換システムの利用やエアコンの設定温度の管理による節電など、様々なことに取り組んでおりましたが、さらなる節減の取り組みの提案をに経費節減のコンサルタント会社に依頼し、実施している。たとえば、さらなる節水コマの設置、空調の温度コントロール機器の設置。女性トイレの音姫の設置。コピー機等リース契約の見直しや携帯電話の法人一括契約への変更などに取り組んでおります。昨年比で水道光熱費は約30万円、通信費・その他事務費で約50万円、車両費約15万円に減じております。、毎月開催される職員会議や全体会議で節減について具体的にお話しすることで、職員ひとり一人の節減意識を高めている。	＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 資料（会計伝票）及びヒアリングにおいて確認しました。 ＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 事業所内で経費節減について検討したところ事業所の印刷機などで配布物などを印刷していましたが外注する方が安く出来る事がわかり、外注しました。また、トナーは再生トナーを導入しました。その他経費節減のコンサルタント会社と契約し、電気料金契約の見直しをし空調の温度コントロール機器の設置をしたり水道、携帯電話、コピー機のリース契約の見直しなどを行っています。電動自転車を購入し、車輌経費を節約しています。

（５）組織運営及び体制全般（その他）

評価機関　記述
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 法人による人権委員会、研修委員会、苦情解決委員会などの委員会組織を構築しています。法人内のデイサービスや地域交流などの職務ごとに会議を開催し、事例検討などを行い、職員の質の向上に取り組んでいます。 ＜参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。（200字以内）＞

Ｖ．その他

指定管理者　記述	評価機関　記述
＜①市・区の施策としての事業協力の取組について記述して下さい。（400字以内）＞ 学齢障害児余暇支援事業「こうほくなつとも」の実行委員となりその適正な事業運営を図るとともに、そこでの課題をもとにさらなる社会資源として「こうほくからふる」を他ケアプラザと共催で立ち上げ、継続、実施している。一人暮らし見守り支援事業では、民生委員・区職員と密な連携を図り、状況確認している。元気つくりステーションの立ち上げを区職員とともに支援し、継続的に支援している。その他介護予防普及啓発事業等の実施後、事後グループの立ち上げを支援するとともに、継続的な支援をしている。また、新田地区センターを使い、自主事業として、介護予防体操会を月2回開催している。また、認知症の理解、普及啓発活動の取り組みとして、認知症サポーター養成講座はもとより、ケアプラザ協力医による認知症講座を数多く開催し、担当2地区合同のメール配信を利用した地域の支え合いネットワーク“さがしてネット”を構築している。	＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 現場確認（玄関ロビーの地域の掲示板）及びヒアリングにおいて確認しました。 ＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ 地域の支え合いネットワーク「さがしてネット」は、徘徊認知症高齢者の情報をチラシのQRコードなどで登録した地域住民にメールを配信し、見つけた時には表示している地域住民宅、商店や事業所などに誘導してもらうシステムを構築しています。区の介護予防事業として男性に対して「粋な男の健康講座」や「男の料理教室」を開催し、実施後の事後グループ立ち上げを支援しています。
＜②その他特記事項があれば記述して下さい。（400字以内）＞ 地域活動の活性化の一環として、地域に数多ある福祉施設の情報共有の場として、地域の施設連絡会をケアプラザが中心となって開催している。昨年度は介護者不在、介護力低下を見据えてのショートステイでの看取りについて、情報共有、課題の抽出を行った。また、地域の多くの方に各施設の特性を理解していただけるように、毎年地域の施設見学会を開催して、毎回20名程度の方が参加されている。地域の課題の一つである地域活動の周知のツールとしても、ケアプラザ広報紙、ホームページ、ブログに地域活動情報を積極的に掲載して、活用している。	＜確認手段（現場確認・資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞ 資料（チラシ、ホームページ）及びヒアリングにおいて確認しました。 ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。（200字以内）＞ ホームページにおいてブログで情報の発信をこまめに行っています。また、「丘の上の発表会」を年2回開催し、登録団体の演技の場として近隣の住民や福祉施設の利用者を招いています。その他、近隣には福祉施設が多く地域住民の方へ様々な福祉施設を理解してもらうように施設見学会を行っています。 ＜参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。（200字以内）＞

地域ケアプラザ

評価シートチェック項目一覧

大分類	中分類	評価項目	指定管理者 チェック		評価機関 チェック			
Ⅰ．利用者サービスの向上	（1）利用者アンケート等の実施・対応	①サービス全体に対する利用者アンケート等を、年1回以上実施しているか？	レ	年1回以上実施している	レ	年1回以上実施している	レ	アンケート
				実施していない		実施していない		その他
		②利用者アンケート等の調査結果を分析し課題を抽出しているか？	レ	課題を抽出している	レ	課題を抽出している		
				課題を抽出していない		課題を抽出していない		
				特に課題がない		特に課題がない		
				非該当		非該当		
		③利用者アンケート等から抽出した課題に対して、対応策を講じているか？	レ	対応策を実施している	レ	対応策を実施している		
				一部対応策を実施していない		一部対応策を実施していない		
				対応策を実施していない		対応策を実施していない		
				非該当		非該当		
		④利用者アンケート等の結果及び課題の対応策を公表しているか？	レ	公表している	レ	公表している		
				公表していない		公表していない		
				非該当		非該当		
	（2）意見・苦情の受付・対応	①ご意見ダイヤルの利用方法に関する情報を提供しているか？		情報提供している		情報提供している		
				情報提供しているが、一部不備がある		情報提供しているが、一部不備がある		
			レ	情報提供していない		情報提供していない		
		②利用者が苦情や意見を述べやすいよう、窓口（ご意見箱の設置、ホームページでの受付等）を設置しているか？	レ	設置している	レ	設置している		
				設置していない		設置していない		
		③苦情解決の仕組みがあるか？	レ	仕組みがある	レ	仕組みがある		
				仕組みがない		仕組みがない		
		④苦情解決の仕組みを利用者等に周知しているか？	レ	周知している	レ	周知している		
				周知していない		周知していない		
		⑤利用者から苦情等が寄せられた際には、内容を記録しているか？	レ	記録している	レ	記録している		
				記録していない		記録していない		
				苦情等が寄せられていない		苦情等が寄せられていない		
		⑥苦情等の内容を検討し、その対応策を講じているか？	レ	対応策を実施している	レ	対応策を実施している		
				一部対応策を実施していない		一部対応策を実施していない		
				対応策を実施していない		対応策を実施していない		
				苦情等が寄せられていない		苦情等が寄せられていない		
		⑦苦情等の内容及び対応策を公表しているか？	レ	公表している	レ	公表している		
				公表していない		公表していない		
				苦情等が寄せられていない		苦情等が寄せられていない		
	（3）公正かつ公平な施設利用	②窓口に「利用案内」等を備えているか？	レ	備えている	レ	備えている		
				備えていない		備えていない		
		③申請受付に当たっては、先着順や抽選など、公平な方法により行っているか？	レ	行っている	レ	行っている		
				行っていない		行っていない		
		④人権擁護に関する研修等を、年1回以上、職員に対して実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している		
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない		
				研修を実施していない		研修を実施していない		
		不備の数		1		0		
Ⅱ．施設・設備の維持管理	（1）協定書等に基づく業務の遂行	①協定書等のとおり建物・設備を管理しているか？	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って管理している	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って管理している		
				協定書等のとおり管理していない		協定書等のとおり管理していない		
		②協定書等のとおり清掃業務を実施しているか？	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している		
				協定書等のとおり実施していない		協定書等のとおり実施していない		
	（2）備品管理業務	①指定管理者所有の備品と区別した、地域ケアプラザ（市所有）の備品台帳があるか？	レ	ある	レ	ある		
				ない		ない		
		②地域ケアプラザ（市所有）の備品台帳に記された備品がすべて揃っているか？	レ	揃っている	レ	揃っている		
				揃っていない		揃っていない		
		③利用者が直接使う地域ケアプラザの備品に安全性に関わる損傷等がないか？	レ	安全性に関わる損傷等がない	レ	安全性に関わる損傷等がない		
				安全性に関わる損傷等がある		安全性に関わる損傷等がある		
	（3）施設衛生管理業務	①国や市などの感染症マニュアル等に準じて、職員に研修が行われているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している		
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない		
				研修を実施していない		研修を実施していない		
		②ゴミ処理等における衛生管理を適切に行っているか？	レ	適切に管理している	レ	適切に管理している		
				適切に管理していない		適切に管理していない		
		③本市の分別ルールに沿って適切に分別を行っているか？	レ	適切に分別している	レ	適切に分別している		
				適切に分別していない		適切に分別していない		
		不備の数		0		0		

評価シートチェック項目一覧

大分類	中分類	評価項目	指定管理者 チェック		評価機関 チェック	
Ⅲ．緊急時対応	（1）緊急時対応の仕組み整備	①緊急時マニュアルを作成しているか？	レ	作成している	レ	作成している
				作成していない		作成していない
	（2）防犯業務	①協定書等のとおり防犯業務を実施しているか？	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している
				協定書等のとおり実施していない		協定書等のとおり実施していない
				評価対象外施設		評価対象外施設
		②鍵を適切に管理しているか？	レ	適切に管理している	レ	適切に管理している
				適切に管理していない		適切に管理していない
		③事故や犯罪を未然に防止するよう、日常、定期的に館内外の巡回を行っているか？	レ	定期的に行っている	レ	定期的に行っている
				定期的に行っていない		定期的に行っていない
	（3）事故防止業務	①事故防止のチェックリストやマニュアル類を用い、施設・設備等の安全性やサービス内容等をチェックしているか？	レ	チェックしている	レ	チェックしている
				一部チェックに不備がある		一部チェックに不備がある
				チェックしていない		チェックしていない
		②事故防止策の研修等を実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない
				研修を実施していない		研修を実施していない
	（4）事故対応業務	①事故対応策の研修等を実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない
				研修を実施していない		研修を実施していない
		②事故発生時の連絡体制を確保しているか？	レ	体制を確保している	レ	体制を確保している
				体制を確保していない		体制を確保していない
	（5）防災業務	①指定管理者災害時対応マニュアルを作成しているか？	レ	評価対象施設であり、作成している	レ	評価対象施設であり、作成している
				評価対象施設だが、作成していない		評価対象施設だが、作成していない
				評価対象外施設である		評価対象外施設である
		不備の数		0		0
Ⅳ．組織運営及び体制	（1）業務の体制	①協定書等で定めた職員体制を実際にとっているか？	レ	協定書等の職員体制をとっている	レ	協定書等の職員体制をとっている
				協定書等の職員体制をとっていない		協定書等の職員体制をとっていない
		②協定書等のとおりに開館しているか？	レ	協定書等のとおり開館している	レ	協定書等のとおり開館している
				協定書等のとおり開館していない		協定書等のとおり開館していない
		③事業計画書・事業報告書を公表しているか？	レ	公表している	レ	公表している
				公表していない		公表していない
	（2）職員の資質向上・情報共有を図るための取組	①職員の研修計画を作成しているか？（常勤・非常勤職員に関わらず）	レ	作成しており不備がない	レ	作成しており不備がない
				作成しているが不備がある		作成しているが不備がある
				作成していない		作成していない
		②職員に研修を行っているか？（常勤・非常勤職員に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない
				研修を実施していない		研修を実施していない
		④各職員が研修計画に沿って受講した研修の後、研修内容を共有しているか？	レ	情報共有している	レ	情報共有している
				情報共有していない		情報共有していない
		⑤窓口等の対応手順を記したマニュアル等を作成し、活用しているか？	レ	作成し、活用している	レ	作成し、活用している
				作成しているが、活用していない		作成しているが、活用していない
				作成していない		作成していない
	（3）個人情報保護・守秘義務	①個人情報の取扱いに関するルールやマニュアル等を整備しているか？	レ	整備している	レ	整備している
				整備していない		整備していない
		②個人情報の取扱いに関する管理責任者を明確化しているか？	レ	明確化し、周知している	レ	明確化し、周知している
				明確化しているが周知していない		明確化しているが周知していない
				明確化していない		明確化していない
		③個人情報の取扱いについて、職員に対する研修を年1回以上実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない
				研修を実施していない		研修を実施していない
		④個人情報の取扱いについて、個別に誓約書を取っているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員から取っている	レ	全ての職員から取っている
				一部の職員から取っていない		一部の職員から取っていない
				取っていない		取っていない
		⑤個人情報を収集する際は必要な範囲内で適切な手段で収集しているか？	レ	適切に収集している	レ	適切に収集している
				適切に収集していない		適切に収集していない
		⑥個人情報を収集した際には、適切に使用しているか？	レ	適切に使用している	レ	適切に使用している
				適切に使用していない		適切に使用していない
		⑦個人情報の漏洩、滅失、き損及び改ざんの防止、その他の個人情報の適正な管理	レ	適切な措置を講じている	レ	適切な措置を講じている
				一部適切な措置を講じていない		一部適切な措置を講じていない

評価シートチェック項目一覧

大分類	中分類	評価項目	指定管理者 チェック		評価機関 チェック	
		のために適切な措置を講じているか？		適切な措置を講じていない		適切な措置を講じていない
Ⅳ．組織運営及び体制	（4）経理業務	①適切な経理書類を作成しているか？	レ	適切に作成している	レ	適切に作成している
				一部適切ではない書類がある		一部適切ではない書類がある
				適切に作成していない		適切に作成していない
		②経理と出納の相互けん制の仕組みを設けているか？	レ	役割分担を明確にしている	レ	役割分担を明確にしている
				その他けん制機能を設けている		その他けん制機能を設けている
				仕組みを設けていない		仕組みを設けていない
		③当該施設に係る経理と団体のその他の経理を明確に区分しているか？	レ	明確に区分している	レ	明確に区分している
				明確に区分していない		明確に区分していない
		④収支決算書に記載されている費目に関し、伝票が存在するか？	レ	存在する	レ	存在する
				存在しない		存在しない
		⑤通帳や印鑑等を適切に管理しているか？	レ	適切に管理している	レ	適切に管理している
				適切に管理していない		適切に管理していない
		不備の数		0		0
不備の合計				1		0